

OTROS CONCEPTOS

1. **PAGADO** **ST: 2013**
2. **PAGADO** **ST: 2013**
3. **PAGADO** **ST: 2013**
4. **PAGADO** **ST: 2013**
5. **PAGADO** **ST: 2013**
6. **PAGADO** **ST: 2013**
7. **PAGADO** **ST: 2013**
8. **PAGADO** **ST: 2013**
9. **PAGADO** **ST: 2013**
10. **PAGADO** **ST: 2013**

ST: 2013
ST: 2013
ST: 2013

FALLECIDO: **Manuel Loureiro Santos**
Fecha de fallecimiento: **21 de Abril de 2026**
Domicilio: **Rua Casas Novas, 64, D**
Teléfonos: **606 238570 (Telisa, hija)** E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	0	Medida 1'90
Capilla ardiente	CERVANTES	Sala Prep. si Libro si
Gestión funeraria	si	☒ Tramitación UUW
Carroza traslado	DOMICILIO - COMPLEJO	
Prensa	MI-2013	
Radio	16	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	14 Montes-	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. Cura Safe al tanatorio	
Certificado médico	si	Registro Civil: Stgo
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura	Bisaca Sep 0991.	
Iglesia	Capilla Compleja	
Incineración	si	Urna:
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	NO	Funeral: Piso
Flores	Centro Cofre R.R. tu esposa y hija chip Plástico	80 (128316)
	11 " R.B. tu nietos y bisnietos	
	Esqueletos Casas Novas	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre MANUEL LOURIDO SANTOS D.N.I. Nº 33.10.5562-Y
id. de los padres ROSALÍA
Naturaleza TRAZO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 - OCTUBRE - 1939
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA CASAS NOVAS
64, D - SANTIAGO DE COMPOST. (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 01:15 horas del día 21 de ABRIL de 2026
Domicilio RUA CASAS NOVAS 64, D - SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA)
Cementerio BOSACA (SANTIAGO DE COMPOSTELA) Ayunt.º SANTIAGO DE COMPOSTELA

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. MANUEL LOURIDO SANTOS

falleció en Casas Novas, 64-D Stgo en el día de _____ a los 86 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Felisa Castro Linares

Hijos Felisa Lourido Castro

Manuel (+)

Hijos políticos Lucio Prieto Pereira

Padres — nietos: Lorena y Lidia Prieto Lourido

Abuelos — bisnietos: ~~PA~~ ANTHONY y LOANA

Padres políticos —

Hermanos —

Hermanos políticos Si

Nietos — Bisnietos — Tíos — Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33105562Y

APELLIDOS / APELIDOS
LOURIDO
SANTOS
NOMBRE / NOME
MANUEL
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
14.10.1939
NUM. SUPORTE VALIDEZ / VALIDEZ
BIV120357 01 01 9999

Manuel Santos

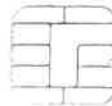
272768

DOMICILIO / DOMICILIO

C. CASAS NOVAS 64D

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

157711601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TRAZO
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ROSALIA

IDESP BIV120357833105562Y<<<<<<<
3910146M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<7
LOURIDO<SANTOS<<MANUEL<<<<<<<<<<<<<

FALLECIDO



REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33274208Q



DNI 33274208Q

APELLIDOS / APELIDOS
LOURIDO
CASTRO
NOMBRE / NOME
FELISA

SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP NACIMIENTO / NACEMENTO
06.03.1967

EMISIÓN / EMISSION VALIDEZ / VALIDEZ
19.04.2023 19.04.2033

NUM. SUPORTE
CEZ199621

Felisa Castro

018816

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO

TSIA. DE CACHEIRAS 39 P02 D
TEO
A CORUÑA

157711601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / FELISA

IDESPCEZ199621333274208Q<<<<<<<
6703060F3304190ESP<<<<<<<<<<<<<7
LOURIDO<CASTRO<<FELISA<<<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)



D./Dña.

FERNANDO SOUTO NATA

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A Coruña

, con el número
, co númeroy con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

SANTIAGO COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153605512

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

LOUREIRO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

SANTOS

Fecha de nacimiento

Día

14

Mes

10

Año

1939

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:

X

D.N.I.

Número:

33105162-4

Documento
de identidad:

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora :

minutos

01:15

Día

21

Mes

04

Año

2026

Hora e data da defunción

Hora :

minutos

Día

21

Mes

04

Año

2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?:

SANTIAGO COMPOSTELA

Domicilio particular

X

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARDA CARDOPULMONAR 00 00 00 00
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HTA 00 00 00 00
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SIND ROMANISMO ABUO 00 00 00 00
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ICTUS 00 00 00 05
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si

No/Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En Santiago, a 21 de ABRIL de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa Inmediata** y se termine por la **causa Inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "**debido a**" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 00

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a 30 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una **única causa**, a la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

Otras recomendaciones

- 1.Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- 2.Evitar abreviaturas y/o siglas.
- 3.Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- 4.Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 5.Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa Imediata** e se remate coa **causa Inicial ou fundamental**, é dizer, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "**debido a**" que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é decir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 00

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a 30 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 02

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha **única causa**, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

Otras recomendacións

- 1.Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- 2.Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- 3.Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- 4.Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 5.Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



Materia y procedimiento: Defunción - Inscripción de Defunción

Oficina tramitadora: OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE
COMPOSTELA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En Santiago de Compostela a 21 de ABRIL de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MANUEL LOURIDO SANTOS que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33105562Y según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 21 DE ABRIL DE 2026 a las 01:15 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incineración el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
21/04/2026 14:10

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:pbzh-mB7q-G8\$F-AaHB

